**ALLEGATO A**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

**FARMA.CO SRL**

**AVVISO PER EVENTUALI FUTURE ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO**

**FIGURA DI FARMACISTA COLLABORATORE – LIVELLO Q3 – CCNL FEDERFARMA**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il

residente nel Comune di

in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_ ) CAP

Codice Fiscale

tel. e-mail

**CHIEDE**

di partecipare alla raccolta di candidature per le eventuali assunzioni in oggetto con riferimento alla posizione di FARMACISTA COLLABORATORE a tempo determinato;

A tal fine, consapevole delle responsabilità e sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia in caso di dichiarazioni falsi false e mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445

**DICHIARA**

1. di avere un’età non inferiore ai 18 anni;
2. di essere in possesso di cittadinanza italiana (o di cittadinanza di altro Stato dell’Unione Europea);
3. di avere l’idoneità psico-fisica all'impiego ed allo svolgimento delle funzioni inerenti il servizio, compreso il turno notturno;
4. di non aver subito condanne penali e non avere procedimenti penali in corso che impediscono la costituzione del rapporto d’impiego;
5. di avere il godimento dei diritti civili e politici;
6. di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso (indicare l’Ente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con votazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di essersi iscritto all’Albo Professionale dei Farmacisti della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_numero iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di aver conseguito l’abilitazione all’esercizio della professione in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Istituto/Università\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di indicare il seguente domicilio presso il quale inviare le comunicazioni (solo se diverso dal luogo di residenza)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere in possesso della patente di guida di categoria “B”;
2. di avere conoscenza dell’uso delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse;
3. di avere ottime capacità relazionali, dinamismo e disponibilità a prestazioni lavorative nelle giornate di sabato, di domenica e – in base ai turni di servizio– anche quelle festive e/o notturne;

**DICHIARA INOLTRE**

* Che le informazioni riportate nella presente domanda e in tutti gli allegati sono veritieri e corretti, assumendosi la responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci ai sensi del D.P.R. 445/2000;
* Di autorizzare al trattamento, nel rispetto della normativa nazionale e UE, dei dati personali forniti nella presente domanda e nella documentazione allegata ai fini dell’espletamento di tutte le procedure connesse alla selezione in oggetto;
* Di aver preso visione e di accettare tutto quanto contenuto nell’avviso selezione.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo e data) (firma dell’interessato)

A corredo della presente allega:

1. il curriculum professionale debitamente sottoscritto e recante autorizzazione ala trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003;
2. una copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità;
3. copia del titolo di studio richiesto;
4. copia del certificato di abilitazione alla professione;
5. Copia iscrizione all’Ordine professionale dei farmacisti;